



# Ministero della Difesa

Allegato 2

(ENTE/REPARTO DI ULTIMA APPARTENENZA)

ESTRATTO DELLA DOCUMENTAZIONE DI SERVIZIO PER IL CONCORSO A 559 ALLIEVI AGENTI DELLA POLIZIA DI STATO RISERVATO AI VFPI

<b>GRADO, COGNOME E NOME</b>	
<b>LUOGO, DATA DI NASCITA E BLOCCO DI APPARTENENZA</b>	
<b>SERVIZIO</b>	
TOTALE PERIODO DI SERVIZIO EFFETTIVAMENTE PRESTATO DA VFPI <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (N. GIORNI)	
- INCORPORATO QUALE VFPI IL	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> nella Forza Armata <input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AM
- HA TERMINATO IL SERVIZIO QUALE VFPI IL	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
- INCORPORATO QUALE VFPI IN RAFFERMA IL	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> nella Forza Armata <input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AM
- HA TERMINATO LA REFFERMA QUALE VFPI IL	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>PERIODO DI SERVIZIO SVOLTO DA VFPI</b>	
Dal <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> al <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____ (incarico, spec.ne/categoria)
Dal <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> al <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____ (incarico, spec.ne/categoria)
Dal <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> al <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____ (incarico, spec.ne/categoria)
<b>MISSIONI SUL TERRITORIO NAZIONALE E ALL'ESTERO DA VFPI</b>	
Stato e nome della missione _____	
Dal <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> al <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Stato e nome della missione _____	
Dal <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> al <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>ULTIMA DOCUMENTAZIONE CARATTERISTICA QUALE VFPI</b>	
<input type="checkbox"/> ECCELLENTE (o giudizio equivalente)	<input type="checkbox"/> SUPERIORE ALLA MEDIA (o giudizio equivalente)
<input type="checkbox"/> NELLA MEDIA (o giudizio equivalente)	<input type="checkbox"/> INFERIORE ALLA MEDIA (o giudizio equivalente)
<b>RICONOSCIMENTI, RICOMPENSE E BENEMERENZE DA VFPI (indicare la data di conseguimento)</b>	
_____	
<b>FERITE RIPORTATE PER EFFETTO DI ATTI OSTILI</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>SITUAZIONE DISCIPLINARE DA VFPI</b>	
- CONSEGNA DI RIGORE	<input type="text"/> <input type="text"/> (totale giorni)
- CONSEGNA	<input type="text"/> <input type="text"/> (totale giorni)
- RIMPROVERO	<input type="text"/> <input type="text"/> (totale giorni)
<b>TITOLO DI STUDIO</b>	
- TIPO:	_____ Conseguito il <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
- VOTO / GIUDIZIO:	_____
<b>LINGUE STRANIERE ACCERTATE SECONDO STANDARD NATO</b>	
LINGUA _____	Livello : W _____ R _____ L _____ S _____
LINGUA _____	Livello : W _____ R _____ L _____ S _____
Patente militare <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No mod. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	data di conseguimento <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

\_\_\_\_\_ 1  
(località e data di rilascio)

(Timbro Ente)

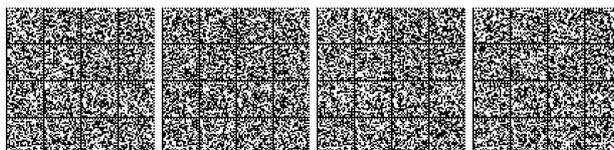
Il Comandante di Corpo



Per presa visione ed accettazione dei dati riportati nel presente estratto della documentazione di servizio.

Firma dell'interessato

L' presente attestato dovrà essere compilato ai sensi dell'art. 9 del bando di concorso, dovrà essere chiuso tassativamente alla data di scadenza di presentazione delle domande di concorso e contenere esclusivamente i dati relativi alla ferma prefissata di un anno (VFPI) ovvero alla rafferma annuale.



**Certificato anamnestico da compilare a cura del medico curante  
di cui all'art. 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833**

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 residente in \_\_\_\_\_ ( )  
 Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Tipo documento \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_  
 Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**in relazione agli stati patologici presenti nel decreto ministeriale 30 giugno 2003, n. 198 e alle malattie di seguito elencate:**  
 (barrare la voce interessata)

Sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio ----- Se SI quali? _____	NO	SI
Sussiste diabete?----- Se SI quali? _____	NO	SI
Sussistono patologie della tiroide/surreni/pancreas/ipofisi?----- Se SI quali? _____	NO	SI
Sussistono turbe e/o patologie psichiche già note?----- Se SI quali? _____	NO	SI
Soffre di patologie neurologiche?----- Se SI quali? _____	NO	SI
Sussistono malattie del sangue? ----- Se SI quali? _____	NO	SI
Sussistono malattie dell'apparato urogenitale? ----- Se SI quali? _____	NO	SI
Sussistono alterazioni dell'apparato visivo che comportino l'uso di occhiali da vista o lenti a contatto? Se SI quali? _____	NO	SI

Altro \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Elencare le altre malattie/infermità sofferte in passato dalla nascita ad oggi (malattie, interventi chirurgici, allergie, lesioni, traumi, fratture, ricoveri ospedalieri, etc) presenti nel decreto ministeriale 30 giugno 2003, n. 198:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.**

**Firma dell'interessato**

\_\_\_\_\_

**Firma del Medico di fiducia e codice regionale  
(Nome e Cognome in stampatello o timbro)**

\_\_\_\_\_

Luogo e data, \_\_\_\_\_

